

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	20-08-2023	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	25-01-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y BUS	25-01-2026	PUBLICO



VALID 153415 00/21



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06002696425

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
No. 10305791

Libertad y Orden

NOMBRE
FAURICIO MARTINEZ PABON

FECHA DE NACIMIENTO
09-04-1985

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
25-01-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOYTTE MCPAL POPAYAN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.305.791**

MARTINEZ PABON
APELLIDOS

FAURICIO
NOMBRES


FIRMA



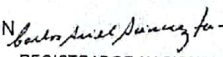


FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1985**

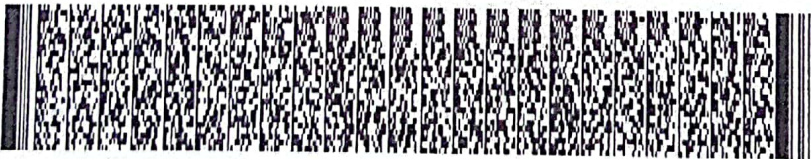
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-ABR-2003 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1100100-00687640-M-0010305791-20150417 0043921599A 1 7753324772

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN****POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.****HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, se identificó que **FAURICIO MARTINEZ PABON** con **CC No. 10305791**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
Empleador: N 901246498 - SILOGISTICA SAS	Fecha de última cobertura: 17/08/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR DEPENDIENTE Clase de Riesgo: 4 Cargo : CONDUCTOR OPERATIVO Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301018292442.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 16/08/2023

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	Número de documento:	901246498	Cédula Usuario:	CC 36996901
Nombre:	SILOGISTICA SAS				
Dirección:	LT 3H PQ INDUSTRIAL BG 2				
Departamento:	CAUCA	Municipio:	POPAYAN		
Correo electrónico:	SILOGISTICASISO@GMAIL.COM				
Teléfono:	3165269603	Tarifa:	4.350		
Actividad Económica:	4492301 TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA, INCLUYE TODAS LAS OPERACIONES DE TRANSPORTE DE CARGA POR CARRETERA. SE INCLUYE EL TRANSPORTE DE UNA GRAN VARIEDAD DE MERCANCIAS TALES COMO: TRONCOS, GANADO, PRODUCTOS REFRIGERADOS, CARGA PESADA, CARGA A GRANEL, INCLUSO EL TRANSPORTE EN CAMIONES CISTERNA DE LIQUIDOS (EJEMPLO: LA LECHE QUE SE RECOGE EN LAS GRANJAS, AGUA, ETCETERA). AUTOMOVILES, LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DE DESPERDICIOS Y MATERIALES DE DESECHO, SIN INCLUIR EL PROCESO DE ACOPIO NI ELIMINACION. INCLUYE EL ALQUILER DE VEHICULOS DE CARGA (CAMIONES) CON CONDUCTOR.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 36996901	CHAMORRO CHAMORRO MARLENI DEL

DATOS AFILIADOS RADICADOS

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 65	17/08/2023	CC 10305791	MARTINEZ PABON FAURICIO	4	4.35000	Dependiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

BD461B3D533F18DFC4FE6C43D624A45F

Certificado impreso el día 8/16/2023 11:12:05 AM por el portal de empresas Edesk

Positiva Compañía de Seguros S.A. • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minhacienda

CÓDIGO ASESOR
Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

Martínez

SEGUNDO APELLIDO

Pabón

PRIMER NOMBRE

Fabricio

SEGUNDO NOMBRE

TIPO
DOCUMENTO

X

3. DOCUMENTO
DE IDENTIDAD

10305791

RÉGIMEN

4. SEXO

X

5. FECHA NACIMIENTO

09 04 1985

EXCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

☐ ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO

Popayán

DEPARTAMENTO

Cauca

CAJA DE COMPENSACIÓN

Comfaca Cauca

TÉLEFONO

3218341598

TÉLEFONO MÓVIL (1)

TÉLEFONO MÓVIL (2)

CORREO ELECTRÓNICO

fabriciomartinez2P@gmail.com

CÓDIGO IPS

IPS ODONTOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

Silogística S.A.S

36. Tipo documento de identidad

X

37. Número documento de identidad

901246498

DV

9

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

UBICACIÓN O DIRECCIÓN

Parque Industrial Lote 3-H

CIUDAD / MUNICIPIO

Popayán

DEPARTAMENTO

Cauca

SECTOR DEL APORTANTE

TÉLEFONO FIJO - EXT.

TÉLEFONO MÓVIL (1)

3183543301

TÉLEFONO MÓVIL (2)

CORREO ELECTRÓNICO

silogisticath@gmail.com

ACTIVIDAD ECONÓMICA

4492301

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL

17 08 2023

CARGO U OCUPACIÓN

Conductor vehículos pesados

SALARIO

1'160.000

FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FAURICIO MARTINEZ PABON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.305.791**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Agosto del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

NIT. 891.500.182-0

MODALIDAD DE INSCRIPCIÓN

No. **409187**

DEPENDIENTE
Regular ☐
Servicio Doméstico ☐
Madre Comunitaria ☐
Veteranos ☐
Colombiano en el Exterior ☐

INDEPENDIENTE
Regular ☐
Tasista ☐
Familiar ☐
Colombiano en el Exterior ☐

Indice de Aporte
0,5% 2%
Fidelidad 25 años
Menos de 1,5 SMMLV
Más de 1,5 SMMLV

PENSIONADO
Indice de Aporte
6% 0,5% 2%

Diligencie este formulario
en letra impresa y tinta color negro

PARTE A

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA (Como figura en el RUT)

NIT. X C.C. T.J. C.E. PAS

SILOGISTICA SAS

No. 901246498-9

PARTE B

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO **MARTINEZ** SEGUNDO APELLIDO **PABON** PRIMER NOMBRE **FAURICIO** SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO **1985 04 09** GÉNERO **M**

C.C. X T.J. C.E. PAS CO. PER. PPT. VISA OTRO ESTADO CIVIL ☒ SOLTERO ☐ CASADO ☐ X UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO

CUAL No. **10305791**

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA / BARRIO / VEREDA **CR** SECTOR **X URBANO** TELEFONO CELULAR **3218341598** TELEFONO FIJO

MUNICIPIO **POPAYAN** DEPARTAMENTO **CAUCA** PAIS **COLOMBIA** E-MAIL **fauriciomartinezp@gmail.com**

FACTOR DE VULNERABILIDAD
☒ No disponible
☐ Cabeza de familia
☐ Desplazado
☐ Población migrante
☐ Ejercicio del trabajo sexual
☐ En condición de discapacidad
☐ Desmovilizado o reintegrado
☐ Hijo (as) de desmovilizados o reintegrados
☐ Damnificado de desastre natural
☐ Hijo (as) de madres cabeza de familia
☐ Población zonas fronterizas (nacionales)
☐ Víctima del conflicto armado (no desplazado)

ORIENTACIÓN SEXUAL ☒ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Homosexual ☐ Información no disponible

NIVEL EDUCATIVO
☐ Preescolar
☐ Básica
☒ Secundaria
☐ Media
☐ Técnico / tecnológico
☐ Profesional universitario
☐ Posgrado / maestría
☐ Ninguno

Pertenencia Étnica
☐ Afrocolombiana
☐ Comunidad negra
☐ Indígena
☐ Raza del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
☐ Palenquero
☐ Rom/igilano
☒ No disponible

MUNICIPIO DONDE LABORA **POPAYAN** SECTOR **X URBANO** FECHA DE INGRESO A SU EMPRESA **2023 08 17** OCUPACIÓN / PROFESIÓN **CONDUCTOR OPERATIVO** HORAS LABORADAS AL MES **235** SALARIO MENSUAL **1160000**

VALOR **1160000**

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA PARA PAGO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

¿DESEA QUE EL PAGO SEA CONSIGNADO A SU CUENTA? ☐ SI ☒ NO

NOMBRE DEL BANCO ☐ Cta. Ahorros ☐ Cta. Corriente

El pago del subsidio a través de cuenta bancaria, garantiza que el mismo no prescriba (venga), acorde a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 21/1982.

PARTE C

INFORMACIÓN DEL (A) CONYUGE Y/O COMPAÑERO (A) ACTUAL

PRIMER APELLIDO **URRUTIA** SEGUNDO APELLIDO **ORDOÑEZ** PRIMER NOMBRE **LUZ** SEGUNDO NOMBRE **MAYERLINE** FECHA DE NACIMIENTO **1984 09 10** OCUPACIÓN/PROFESIÓN

C.C. X T.J. C.E. PAS CO. PER. PPT. VISA OTRO CONVIVEN ☒ SI ☐ NO

CUAL No. **34327466**

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR

PARTE D

DATOS DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO (A) DE LOS HIJOS A INSCRIBIR QUE NO CONVIVE CON EL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO OCUPACIÓN/PROFESIÓN GÉNERO

C.C. T.J. C.E. PAS CO. PER. PPT. VISA OTRO

NOMBRE DE EMPLEADOR CON QUIEN LABORA IDENTIFICACIÓN EMPLEADOR

PARTE E

INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS A CARGO DEL TRABAJADOR (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			GENERO			C.T. T. PARENTESCO				IDENTIFICACIÓN		USO	
				ANO	MES	DÍA	F	M	I	O	C	G	H	P	H		J
MARTINEZ	CHICANGANA	LUIS	EDUARDO	2002	01	30		x				x			CC	1002964016	N/A
MARTINEZ	CHICANGANA	CRISTIAN	DAVID	2002	01	30		x				x			CC	1002964014	
MARTINEZ	URRUTIA	JERONIMO		2017	08	08		x				x			RC	1058939081	
MARTINEZ	URRUTIA	SAMUEL	ESTEBAN	2009	12	08		x				x			TI	1058242977	

DECLARACIÓN:

Declaro que la información suministrada en el presente formulario es verdadera, cuenta con los soportes probatorios correspondientes y podrá ser verificada en cualquier momento por parte de la Caja de Compensación Familiar del Cauca COMFACAUC, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 21 de 1982. En el evento que la información suministrada cambie, me comprometo a reportar modificación de los datos a más tardar el día 10 del mes siguiente de ocurrida la novedad. El suministro de datos falsos por parte del empleador, a la Caja o la violación de la norma sobre salarios mínimos, es causal de desafiliación según artículo 45 de la Ley 21 de 1982.

Conforme a lo establecido en la Ley 1581 del 2012 y demás decretos reglamentarios, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUC, para el tratamiento y manejo de mis datos personales consignados en el presente formulario, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular y cruzar información propia, con el fin de facilitar la prestación de servicios, pago de cuotas monetarias, ejercer las gestiones de cobro, reportar a centrales de riesgo cuando corresponde y en general todas las acciones que se deriven de los servicios que de conformidad con la Ley presta esta Caja de Compensación Familiar. Declaro que soy responsable de la veracidad de mis datos suministrados. Así mismo autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUC, a efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Declaro que he sido informado de los derechos que existen como titular de la identificación, dirección y teléfono del responsable del tratamiento de mis datos de conformidad con la Ley 1581 del 2012 y sus decretos reglamentarios. La Caja de Compensación Familiar del Cauca, COMFACAUC, en caso que cobre cuotas monetarias a las cuotas de ingreso de los próximos pagos de la cuota monetaria de subsidio familiar a que hubiere lugar.

FIRMA DEL TRABAJADOR (A) No. de identificación

comfacauc
al servicio del trabajador y su familia
NIT. 891.500.182-0

ESPACIO PARA RADICACIÓN COMFACAUC



comfacauc
al servicio del trabajador y su familia
SECCIÓN SUBSIDIO FAMILIAR
2023-08-17

OBSERVACIONES

RECIBE	DIGITA	REVISY Y DIGITALIZA
FECHA 2023-08-17	FECHA	FECHA
NOMBRE COMFACAUC EN LÍNEA	NOMBRE	NOMBRE

MAYORES INFORMES: COMFACAUC POPAYAN: Calle 2 Nte. 1P 6A-54 Barrio Modelo PBX: (0228) 231868 Ext: 120-122-190-221 FAX: 8203961 nomina@comfacauc.com - promociones@comfacauc.com
 Santander de Quilichao: Calle 5 # 9-79 PBX: (0228) 292183 - Puerto Tejada: Cra. 20 # 16-25 Barrio El Centro Tel: (0228) 821889 - 282430 - El Bordo: Cr. 7 # 4-33 PBX: 8262111
 Guapi: Calle 6 Vía principal Cel: 3104981793 - Miranda: Calle 7 13 B 851-73 PBX: 8281487 - 8470330 - www.comfacauc.com

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.011.153-6

Otorgan la

Constancia de asistencia a:

**FAURICIO MARTINEZ PABON
CC. 10305791**

Quién participó en la acción educativa

“MANEJO DEFENSIVO”

Realizada el 18 Noviembre en el municipio del Popayán Cauca

Se expide la presente constancia a los 27 días del mes de Noviembre de 2024



SANDRA PATRICIA MORALES MANRRIQUE
Administradora de Riesgos Positiva Compañía de Seguros
Sucursal Cauca

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-15

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

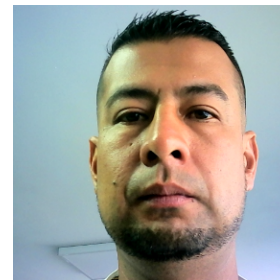
Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR

**DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR****Nombre del Paciente**

FAURICIO MARTINEZ PABON

Documento de Identificación

CC10305791

Estado Civil

UNION LIBRE

Sexo

MASCULINO

Ocupación

CONDUCTOR

Edad

39 años 7 meses 6 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO**País**

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

CRA 37A #4-27

Correo Electrónico

notiene@hotmail.com

Teléfono

3218341598

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

El servicio médico ocupacional de IMPACTO IPS con el/la Dr. LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON Médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen físico y revisión de exámenes complementarios correspondientes al mismo concepto:

Sin defecto físico ni enfermedad que interfiera su capacidad laboral para la labor asignada. Sin restricciones para desempeñar el cargo

El concepto se emitió con base en los siguientes exámenes practicados:

Examen médico ocupacional de Periódico con énfasis en Trabajo en alturas, Énfasis Osteomuscular y Énfasis en Conducción Vehicular

Audiometría

Visiometría

Perfil Lipídico

Glicemia

Psicosensométrico

RECOMENDACIONES MEDICO OCUPACIONALES**Hábitos y Estilos de Vida Saludables:**

Hábitos saludables.

Hacer deporte. CONTINUAR

Recomendaciones médicas:

Remisión a EPS. OPTOMETRIA. MEDICO GENERAL

Recomendaciones ocupacionales:

Uso de EPP.

Pausas activas e higiene postural. CADA 2 HORAS

Observaciones y Recomendaciones Adicionales

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE ALTURAS, SIN RESTRICCIONES. SIN DIAGNOSTICOS DE PATOLOGIAS DE ORIGEN LABORAL. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES, EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PRUEBAS PARA COORDINACION, EQUILIBRIO Y REFLEJOS NORMALES. RECOMENDACIONES MEDICAS: CONTINUAR CON ACTIVIDAD FISICA. POR ALTERACION VISUAL VALORACION CON OPTOMETRIA. POR LEVE ALTERACION EN PERFIL LIPIDICO, SIN RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO, CONTROL CON MEDICO GENERAL EN EPS. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Estrictas CADA 2 HORAS Y USO DE EPP, VALORACIÓN ANUAL POR MEDICINA LABORAL.

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de carácter confidencial


MEDICO ESPECIALISTA EN SST
RM 34331598
LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON

Registro Médico: 2751

FAURICIO MARTINEZ PABON

CC10305791

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-15

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

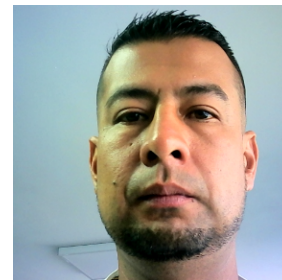
Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente

FAURICIO MARTINEZ PABON

Documento de Identificación

CC10305791

Estado Civil

UNION LIBRE

Sexo

MASCULINO

Ocupación

CONDUCTOR

Edad

39 años 7 meses 6 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País

COLOMBIA

Departamento

CAUCA

Ciudad

POPAYÁN

Dirección

CRA 37A #4-27

Correo Electrónico

notiene@hotmail.com

Teléfono

3218341598

ANTECEDENTES PERSONALES

HTA	No	Deficiencia Auditiva	No
Hipoglicemia	No	Defectos de visión	No
Dislipidemia	No	Fobia a las alturas	No
Síndrome Convulsivo	No	Antecedentes Psiquiátricos	No
Síndrome Vertiginoso	No		

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Osteo	Normal	Exámenes complementarios	Normal
Prueba Vestibular	Normal	Exámenes Paraclínicos	Normal

CONCEPTO DE APTITUD PSICOFISICA

Apto para trabajo en alturas

Recomendaciones y Observaciones Generales

POR ALTERACION VISUAL VALORACION CON OPTOMETRIA.

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de carácter confidencial


MEDICO ESPECIALISTA EN SST
RM 34331698
LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



FAURICIO MARTINEZ PABON
CC10305791

FECHA DE CERTIFICADO:

2024-11-15

CERTIFICADO EMITIDO PARA:

Periódico

EMPRESA DONDE TRABAJÓ, TRABAJA O TRABAJARÁ

SILOGISTICA SAS

CARGO QUE OCUPÓ, OCUPA U OCUPARÁ

CONDUCTOR



DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

Nombre del Paciente FAURICIO MARTINEZ PABON	Documento de Identificación CC10305791	Estado Civil UNION LIBRE
Sexo MASCULINO	Ocupación CONDUCTOR	Edad 39 años 7 meses 6 días

INFORMACIÓN DE CONTACTO

País COLOMBIA	Departamento CAUCA	Ciudad POPAYÁN
Dirección CRA 37A #4-27	Correo Electrónico notiene@hotmail.com	Teléfono 3218341598

ANTECEDENTES DE EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

SINTOMAS Y PARTE CORPORAL AFECTADOS

No existen síntomas

EXAMEN FISICO

Fuerza	Normal
Sensibilidad	Normal
Motilidad	Normal
Marcha	Normal
Columna Vertebral	Normal
Reflejos OT	Normal

MANIOBRAS ESPECIALES

Tinel Manos	Negativo
Phanel Manos	Negativo
Filkestein	Negativo
Maniobras para Hombros	Negativo
Signo del Cajón de Rodillas	Negativo
Signo del Bostezo de Rodillas	Negativo
Signo Lasegue	Negativo

RESULTADO EXAMEN OSTEOMUSCULAR: Normal

La presente certificación se expide con previo consentimiento del paciente abajo firmante y con base en la historia clínica ocupacional, la cual es de caracter confidencial



MEDICO ESPECIALISTA EN SST
RM 34331698
LC. 2751

LEIDY JOHANA FERNANDEZ PABON
Registro Médico: 2751



FAURICIO MARTINEZ PABON
CC10305791